ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22–6 Date de publication : 15 mars 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
GRAPPE FAMILIALE DE CAS DE PNEUMONIE FULMINANTE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A ASSOCIÉE À UN SYNDROME DE CHOC TOXIQUE—QUÉBEC	F-1	41–43
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS À STREPTOCOQUES DU GROUPE B D'INSTALLATION PRÉCOCE	F-3	44–48
LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL AU CANADA	F-6	48

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

GRAPPE FAMILIALE DE CAS DE PNEUMONIE FULMINANTE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A ASSOCIÉE À UN SYNDROME DE CHOC TOXIQUE—QUÉBEC

Au cours des dernières années, on a observé une augmentation des cas graves d'infection invasive à streptocoque du groupe A (SGA) dans le monde[1,2,3]. Bon nombre de questions relatives à ce type d'infection demeurent en suspens, en particulier pour ce qui est des cas secondaires en contact étroit avec un cas index. Des grappes familiales de cas ont été signalées, mais elles ne sont pas nombreuses, et aucune étude n'a encore permis de déterminer avec précision dans quelle mesure cette population particulière risque de contracter l'infection[4]. On sait fort bien que le SGA peut se propager d'un patient infecté à un contact étroit, mais ce type de propagation survient généralement chez des patients atteints de pharyngite et parfois d'impétigo[5].

Nous décrivons ici une grappe familiale de pneumonie nécrosante associée à un syndrome de choc toxique streptococcique chez deux membres d'une famille. À notre connaissance, c'est la première fois qu'une telle grappe de cas est signalée dans la littérature médicale.

Vu la nature exceptionnelle de ces cas, nous avons également procédé à une enquête épidémiologique d'envergure réduite auprès des sujets contacts afin d'établir la prévalence du portage du SGA. Les données recueillies pourraient aider à mieux comprendre le mécanisme de transmission de la bactérie en milieu familial.

Premier cas

Le 20 février 1995, une femme âgée de 35 ans, qui n'avait ni antécédents médicaux ni allergie connue et n'avait pas fait de voyages récents, a été transportée en état de choc à la salle d'urgence d'un hôpital montréalais. Trois jours avant son admission, elle avait eu un accident sans gravité en motoneige et s'était infligée des coupures légères et des contusions. Le lendemain, elle faisait de la fièvre et avait des frissons et une toux productive. La patiente avait en outre remarqué une douleur pleurétique au côté gauche, irradiant vers l'épaule gauche. Vingt-quatre heures avant son admission, elle s'était plainte de dyspnée et de nausées et avait vomi à deux reprises. Il était connu que la patiente avait un problème d'alcoolisme depuis 4 ans et, selon sa mère, elle avait pris de nombreux comprimés d'acétaminophène dans les 48 heures précédant son hospitalisation. Au cours de la semaine précédente, elle était devenue malade, son mari s'était plaint d'un mal de gorge pour lequel il n'avait pas consulté un médecin, et l'un de ses enfants était traité (céfaclor) pour une otite moyenne aiguë.

À son arrivée à l'hôpital, la patiente était comateuse et présentait une cyanose périphérique. Elle était afébrile, sa pression artérielle s'établissait à 80/50 mmHg, sa fréquence respiratoire s'élevait à 35/min., et son pouls, à 120/min. L'examen physique était normal, à l'exception de la présence d'un souffle tubaire et de râles continus dans la région inférieure gauche du poumon, d'un foi augmenté de volume et de deux ecchymoses, une sous l'oeil droit et l'autre au bras gauche. La radiographie pulmonaire initiale a révélé un infiltrat alvéolaire du lobe inférieur gauche. Une analyse toxicologique a mis en évidence un taux sanguin élevé d'acétaminophène (1,084 µmol). On a administré à la patiente de l'acétylcystéine pour traiter son intoxication à l'acétaminophène ainsi que des antibiotiques par voie intraveineuse (clindamycine et ceftriaxone) pour la pneumonie du lobe inférieur gauche. Malgré l'agressivité du traitement, l'état de la patiente a continué de se détériorer. La malade a été transférée à l'unité des soins intensifs, et il a fallu pratiquer une intubation. Le lendemain, son état s'est compliqué d'une insuffisance rénale aiguë et d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte. On a observé, à

Santé Canada Health Canada

Canada

l'échographie, un épanchement pleural important: une ponction pleurale a permis d'extraire 1 700 cc de liquide purulent. Entre-temps, le SGA a été isolé dans les prélèvements d'expectoration et dans l'empyème de la patiente; toutes les hémocultures demeuraient négatives. Vingt-quatre heures après l'admission de la malade, on a ajouté au traitement des gammaglobulines humaines par voie intraveineuse afin de maîtriser le processus inflammatoire. L'état de la patiente a empiré. Elle est décédée trois jours après son admission. Le rapport d'autopsie a fait état d'une pneumonie nécrosante bilatérale associée à une nécrose concomitante étendue du foie et du rein.

Deuxième cas

Le 1er mars 1995, la mère de la patiente susmentionnée s'est présentée à la salle d'urgence d'un deuxième hôpital montréalais, indiquant souffrir depuis 2 jours de toux, de dyspnée et d'hémoptysie. Cette femme de 60 ans avait des antécédents de tabagisme mais était en bonne santé. Elle habitait un appartement à l'étage inférieur de celui de sa fille et avait des contacts fréquents et prolongés avec tous les membres de la famille.

Lorsqu'elle a été examinée pour la première fois à la salle d'urgence, la patiente était éveillée et son état hémodynamique était stable. Sa température s'élevait à 38,5° C. L'examen physique à l'admission était normal, à l'exception d'un souffle tubaire droit à l'auscultation du thorax. La première radiographie pulmonaire a révélé un infiltrat alvéolaire du lobe supérieur droit, et le médecin de la salle d'urgence a instauré une antibiothérapie par voie intraveineuse au céfuroxime. Quatre heures plus tard, l'état de la patiente s'est rapidement détérioré et a évolué vers un grave état de choc. La malade a été transférée à l'unité des soins intensifs, où il a fallu avoir recours à la ventilation mécanique. L'antibiothérapie a été modifiée, et l'on a administré à la patiente de la ceftriaxone et de l'érythromycine. Une coloration de Gram pratiquée sur un prélèvement d'expectoration a mis en évidence des cocci Gram positifs en paires. La clindamycine a été ajoutée à l'antibiothérapie. L'état de la patiente s'est aggravé, évoluant rapidement vers une insuffisance rénale aiguë, une thrombopénie et une leucopénie profonde (nombre de globules blancs $1,8 \times 10^6$/L). La patiente a sombré dans un coma dépassé et est décédée 15 heures après son admission à l'hôpital. On a interrompu l'administration de gammaglobulines par voie intraveineuse, la famille jugeant préférable de cesser tout traitement agressif. Comme dans le premier cas, l'autopsie a révélé une pneumonie nécrosante massive. Le SGA a été isolé dans une culture pure de plusieurs prélèvements d'expectoration et dans une pièce de biopsie pulmonaire prélevée au cours de l'autopsie. Trois hémocultures effectuées à l'admission étaient toujours négatives 7 jours plus tard.

Enquête épidémiologique et analyse

Comme on semblait en présence d'une transmission du SGA à l'intérieur d'une même famille, on a fait enquête auprès de tous les contacts étroits. Au moment du décès de la première patiente, tous les parents (16) et la famille immédiate (4) s'étaient réunis dans un salon funéraire, où ils avaient été en contact avec la mère pendant une journée complète; celle-ci était probablement déjà porteuse de la bactérie et commençait à tousser. Ces personnes ont également passé la journée suivante ensemble. En raison de ce rassemblement, toutes ces personnes ont probablement été exposées au SGA.

Quelques heures après le décès de la mère, toutes ces personnes ont été examinées dans notre service et ont subi un prélèvement pharyngé. Une deuxième culture pharyngée a été effectuée 2 semaines plus tard, afin d'accroître le taux de détection du SGA. La bactérie a été mise en évidence dans le prélèvement pharyngé de l'un des 20 membres de la famille, mais ce sujet était en bonne santé et ne se plaignait d'aucun symptôme des voies respiratoires supérieures. Afin de caractériser avec plus de précision les différentes souches (1 du sujet contact et 3 des patientes atteintes) et d'établir leur homologie sur le plan moléculaire, on a expédié les échantillons au *National Centre for Streptococcus*, à Edmonton (Alberta). On a procédé au sérotypage M et T, au moyen, respectivement, de la technique d'immunodiffusion de Lancefield et de la méthode d'agglutination de Griffiths. Pour détecter les exotoxines (SPE-A, B et C), on a analysé les séquences génétiques codant pour ces composantes au moyen de l'amplification par la polymérase (PCR). Les analyses ont révélé que les quatre souches appartenaient au sérotype M1T1 et produisaient à la fois les toxines SPE-A et SPE-B. Le porteur sain était l'un des enfants de la première patiente. Il a reçu une antibioprophylaxie (céfixime) pendant 10 jours, et la culture de contrôle ultérieure était négative.

Si le nombre total de patients testés dans la présente enquête est relativement réduit, le fait qu'un membre de la même famille ait été porteur d'une forme potentiellement invasive de SGA justifie probablement l'instauration d'une antibioprophylaxie pour cette catégorie de sujets contacts dans le but de réduire la probabilité d'un cas secondaire.

Autre fait à souligner, aucun parent n'était porteur de la bactérie, malgré ses contacts avec la malade. Il est donc probable que seul un sujet ayant un contact prolongé et soutenu avec un cas index risque d'être contaminé par la bactérie. La proportion d'individus colonisés par le micro-organisme est directement proportionnelle au nombre d'heures passées avec le cas index malade. Le SGA est transmis de personne à personne par des gouttelettes de salive et par contact direct avec les sécrétions corporelles. On sait, en outre, que le taux de portage pharyngé du SGA est plus élevé dans les familles avec enfants que dans l'ensemble de la population. Ce sont probablement les enfants qui introduisent la bactérie dans la famille[6], mais, pour des raisons encore obscures, ils tombent moins souvent malades que les adultes.

Ces événements dramatiques témoignent de la contagiosité relative des souches invasives du SGA. Il y a lieu de réaliser des études épidémiologiques de grande portée afin de préciser davantage le taux de transmission.

Remerciements

Nous tenons à remercier Mme Marguerite Lovgren, du *National Centre for Streptococcus* d'Edmonton (Alberta), de son appui technique précieux.

Références

1. Stevens DL. *Invasive group A streptococcal infections: the past, present and future*. Pediatr Infect Dis J 1994;13:561-66.

2. Demers B, Simor AE, Vellend H et coll. *Severe invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada: 1987–1991*. Clin Infect Dis 1993;16:792-800.
3. The Working Group on Severe Streptococcal Infections. *Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome. Rationale and consensus definition*. JAMA 1993;269:390-91.
4. Schwartz B, Elliott JA, Butler JC et coll. *Clusters of invasive group A streptococcal infections in family, hospital, and nursing home settings*. Clin Infect Dis 1992;15:277-84.
5. Sheehe RS, Feldman HA. *Streptococcal epidemics in two populations of normal families*. J Infect Dis 1971;124:1-8.
6. James WES, Badger GF, Dingle JH. *A study of illness in a group of Cleveland families*. N Engl J Med 1960;262:687-94.

Source : *D^r K Weiss, FRCPC; D^r M Roger, FRCPC; D^r PJ Maziade; D^r C Frenette, FRCPC; D^r I LeCorre, FRCPC; D^r J Delorme, FRCPC; D^r M Laverdière, FRCPC, Département de microbiologie médicale et de maladies infectieuses, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal, Montréal, et Hôpital Charles-Lemoyne, Greenfield Park (Québec).*

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS À STREPTOCOQUES DU GROUPE B D'INSTALLATION PRÉCOCE

Préférences des médecins canadiens et cotes d'efficacité et de faisabilité

Même si la prise en charge des nouveau-nés souffrant d'une septicémie précoce due aux streptocoques du groupe B (SGB) s'est améliorée au cours des dix dernières années, cette maladie continue d'être une importante cause de mortalité et de morbidité[1]. Dans l'immédiat, la chimioprophylaxie semble être la stratégie la plus efficace dont on dispose pour prévenir les infections à SGB[2,3]. Le type de chimioprophylaxie à privilégier fait l'objet de controverses depuis plusieurs années. Des groupes de concertation aux États-Unis[4,5,6] et au Canada[7] ont proposé des stratégies de prévention des infections à SGB reposant sur la chimioprophylaxie. Le degré d'observance de ces stratégies par les cliniciens dépend probablement de leur perception de l'efficacité et de la faisabilité des stratégies dans leur milieu respectif.

La présente étude avait pour but de déterminer les préférences des médecins de même que les cotes d'efficacité et de faisabilité attribuées par ces derniers à diverses stratégies de prévention de l'infection à SGB d'installation précoce. Au nombre des stratégies examinées figuraient celles recommandées conjointement par la Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada[7], c'est-à-dire l'une ou l'autre des approches suivantes :

1) *Le dépistage universel chez toutes les femmes enceintes entre la 26^e et la 28^e semaine de gestation à l'aide d'un simple écouvillonnage vaginal et anorectal combiné, et une chimioprophylaxie sélective durant l'accouchement chez les femmes présentant des facteurs de risque identifiables qui sont colonisées par des streptocoques du groupe B;*
2) *aucun dépistage universel, mais une chimioprophylaxie durant l'accouchement chez toutes les femmes qui présentent des facteurs de risque identifiables (cette stratégie doit également être utilisée dans les cas où le dépistage universel est la pratique établie mais n'a pas été effectué ou lorsque les résultats d'analyse ne sont pas disponibles).*

Les facteurs de risque reconnus qui, dans le cadre de ces deux recommandations, appellent une chimioprophylaxie pernatale sont les suivants :

1) *travail avant terme (< 37 semaines de gestation)*
2) *travail à terme (≥ 37 semaines de gestation)*
   a) rupture prolongée des membranes (> 18 heures avant l'accouchement)
   b) fièvre maternelle (> 38 °C *per os*)
3) *accouchement antérieur d'un nouveau-né atteint d'une infection à SGB peu importe si la mère est colonisée ou non par des streptocoques du groupe B*
4) *antécédents connus de bactériurie due aux streptocoques du groupe B*

Méthodes

Nous avons réparti les cliniciens les plus susceptibles de prendre en charge les infections à SGB au Canada en trois grands groupes de spécialistes : néonatologistes, infectiologues et microbiologistes (INF/microb.), et médecins exerçant en obstétrique (OBS). Un questionnaire qui avait été prétesté à Ottawa a été envoyé à tous les spécialistes classés dans les deux premiers groupes qui étaient membres en 1994 de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) ou de la Société canadienne des maladies infectieuses (SCMI). Comme le troisième groupe comptait un grand nombre de spécialistes en obstétrique et en médecine familiale, nous avons sélectionné les obstétriciens répertoriés dans la base de données du *Canadian Medical Directory*[8]. Nous avons envoyé un questionnaire à tous les sixièmes noms apparaissant sur la liste. Les questionnaires ont été postés entre le 1^er décembre 1994 et le 31 janvier 1995. Nous avons opté pour une stratégie d'envoi unique et avons accepté les réponses jusqu'au 31 mars 1995, afin de réduire au minimum les changements d'attitudes avec le temps associés aux changements de politique aux États-Unis.

Résultats

En tout, 696 questionnaires ont été envoyés par la poste à des médecins dans tout le Canada : 296 INF/microb., 150 néonatologistes et 250 OBS. Deux cent cinquante-sept réponses nous ont été retournées, soit un taux général de réponse de 37 %. Sur les 257 répondants, 15 ne traitaient pas les infections à SGB, 18 questionnaires retournés n'avaient pas été livrés ou étaient incomplets, 3 ont été retournés trop tard pour être inclus dans l'analyse, et 1 répondant était un non-clinicien membre de la SCMI. Nos analyses ont donc porté sur les données provenant de 220 répondants. Dans les cas où des médecins ont changé de domaine d'exercice (passant, par exemple, à la médecine générale),

nous avons retenu aux fins de l'analyse le premier groupe de sous-spécialités.

L'année médiane où les répondants avaient terminé leurs études de médecine était 1976. Parmi les 207 médecins qui ont indiqué leurs principaux lieux d'exercice, 69,6 % (144/207) exerçaient en milieu urbain, alors que 25,1 % (52/207), 4,3 % (9/207) et 1 % (2/207) exerçaient respectivement dans les banlieues, en milieu rural ou à la fois dans deux ou trois de ces milieux. Voici la répartition des répondants par province : Ontario, 36,4 % (80/220); Québec, 25,9 % (57/220); Colombie-Britannique, 11,4 % (25/220); Alberta, 9,1 % (20/220); Nouvelle-Écosse, 6,8 % (15/220); Manitoba, 4,6 % (10/220); Saskatchewan, 1,8 % (4/220); Nouveau-Brunswick, 2,3 % (5/220), Terre-Neuve, 0,46 % (1/220); Île-du-Prince-Édouard, 0,46 % (1/220); et province non déterminée, 0,91 % (2/220).

Soixante-trois pour cent (139/220) des répondants ont mentionné que des tests de dépistage prénatal du streptocoque du groupe B étaient effectués chez les femmes enceintes dans leur centre, alors que 30,5 % (67/220) ont signalé qu'aucun dépistage n'était pratiqué dans leur centre, et 14 répondants (6,4 %) n'ont pas fourni de données sur le dépistage. Selon soixante-dix-sept pour cent des 139 répondants (107/139), le dépistage prénatal du streptocoque du groupe B se faisait au début du troisième trimestre, mais 27 % (37/139) et 29 % (40/139), respectivement, ont signalé que ce dépistage était effectué à la fin du troisième trimestre et pendant l'accouchement. Dans certains centres, la politique consistait à effectuer un dépistage à au moins deux de ces trois moments. Soixante-douze pour cent (158/220) des répondants, dont 44 des 67 (66 %) qui signalaient l'absence de dépistage, ont mentionné que l'administration pernatale de pénicilline constituait la mesure courante de prévention des infections à SGB dans leur centre. La majorité des répondants ont ajouté que lorsque de la pénicilline était administrée, le groupe ciblé était les femmes colonisées à haut risque* (113/158) et les femmes à haut risque colonisées ou non par des streptocoques du groupe B (113/158).

Les deux options recommandées par le groupe canadien de concertation étaient placées au troisième rang dans l'ordre médian de préférence (sur une échelle de 10) (tableau 1). Les répondants ont attribué une cote relativement élevée à la catégorie «autres options»; autrement dit, ils croyaient que d'autres stratégies non énumérées dans la liste étaient préférables. Une de ces autres options était la vaccination, si un vaccin devait un jour être mis au point.

Analyse

La majorité des OBS, des INF/microb. et des néonatologistes qui ont répondu à notre questionnaire effectuent des tests de dépistage du streptocoque du groupe B au début du troisième trimestre de gestation, alors qu'une proportion importante (27 %) de ces médecins attendent à la fin du troisième trimestre. Près du tiers (30,7 %) des répondants, cependant, ont indiqué que leur centre ne procédait pas de façon systématique à un dépistage prénatal. Le plus souvent, un traitement pernatal à la pénicilline était offert aux femmes enceintes à haut risque colonisées par le streptocoque. Toutefois, les deux tiers des médecins qui n'effectuaient pas de test de dépistage du streptocoque du groupe B ont déclaré que le traitement pernatal à la pénicilline était offert aux femmes enceintes qui présentaient certains facteurs de risque.

Seulement 72 % des répondants ont mentionné que le traitement à la pénicilline durant l'accouchement était considéré comme la norme dans leur centre; 18 % n'ont fourni aucun renseignement à ce sujet, et 10 % ont déclaré que telle n'était pas la pratique courante dans leur centre. Ainsi, le traitement pernatal à la pénicilline comme moyen de prévention de l'infection à SGB n'est pas reconnu partout.

Tableau 1
Ordre de préférence, scores d'efficacité et de faisabilité pour différents types de prophylaxie d'après les réponses fournies par l'ensemble des médecins

A – Rang médian dans l'échelle de préférence (*rang le plus élevé = 1, le plus bas = 10*)
B – Cote médiane d'efficacité (*bon = 3, passable = 2, faible = 1*)
C – Cote médiane de faisabilité (*bon = 3, passable = 2, faible = 1*)

Options	A	B	C
Dépistage au début du troisième trimestre au moyen d'une culture; traitement pernatal à la pénicilline pour les femmes colonisées à haut risque	3	2	2
Aucun dépistage; traitement pernatal à la pénicilline pour les femmes à haut risque	3	2,5	3
Dépistage à la fin du troisième trimestre au moyen d'une culture; traitement pernatal à la pénicilline pour les femmes colonisées à haut risque	4	2	2
Dépistage au début du troisième trimestre au moyen d'une culture; traitement pernatal à la pénicilline pour toutes les femmes colonisées	5	2	2
Dépistage à la fin du troisième trimestre au moyen d'une culture; traitement pernatal à la pénicilline pour toutes les femmes colonisées	5	2	2
Dépistage pernatal au moyen d'un test de détection rapide des antigènes; traitement pernatal à la pénicilline pour les femmes colonisées à haut risque	5	2	2
Dépistage pernatal au moyen d'un test de détection rapide des antigènes; traitement pernatal à la pénicilline pour toutes les femmes colonisées	6	2	2
Aucun dépistage; traitement pernatal à la pénicilline pour toutes les femmes enceintes	9	2	1
Aucun dépistage; aucune prophylaxie	10	—	—
Autres options	3	3	3

Les INF/microb. privilégiaient l'option recommandée par le groupe de concertation prévoyant un dépistage au début du troisième trimestre, alors que les OBS optaient plutôt pour la solution qui ne prévoyait pas de dépistage au début du troisième trimestre, mais une prophylaxie pernatale chez les femmes à haut risque colonisées par le streptocoque (tableau 2). Lorsqu'on analyse les résultats pour l'ensemble des médecins, ces deux options se classaient au même rang, suivies de l'option prévoyant un dépistage à la fin du troisième trimestre et une prophylaxie

* Les critères de haut risque sont l'âge (< 20 ans), les antécédents d'infection à SGB, la prématurité (< 37 semaines), la rupture prolongée des membranes (> 18 heures avant l'accouchement), les grossesses multiples, la bactériurie due à un streptocoque du group B et la fièvre durant le travail (> 38 °C).

pernatale chez les femmes colonisées à haut risque. Cette dernière option était considérée par le groupe comme étant aussi efficace et faisable que celle qui comportait un dépistage au début du troisième trimestre. Parmi les options qui venaient au dernier rang figurait le dépistage pernatal à l'aide de tests de détection rapide des antigènes. Ce résultat est compréhensible du fait que les tests de détection rapide des antigènes qui existent actuellement ne sont pas suffisamment sensibles pour détecter les streptocoques du groupe B[9].

Aucune des options n'a obtenu le score médian «bon» pour ce qui est de l'efficacité, mais les trois premières options privilégiées étaient considérées comme étant d'une efficacité «passable». L'option qui a reçu la plus haute cote pour la faisabilité était l'option recommandée par le groupe canadien de concertation qui ne prévoyait aucun dépistage mais plutôt une prophylaxie pernatale chez les femmes à haut risque. Aux dires des répondants, cette option était celle qui satisfaisait le mieux à la fois aux critères de préférence, d'efficacité présumée et de faisabilité. Cette option n'a pas toutefois été évaluée dans le cadre d'un essai comparatif randomisé, à la différence de l'autre option recommandée qui comportait un dépistage au début du troisième trimestre[2].

Tableau 2
Options recommandées par le groupe canadien de concertation pour la prévention des infections à SGB d'installation précoce : ordre de préférence selon le groupe de médecins

Groupe de médecin	Option A			Option B		
	25e percentile	Médiane	75e percentile	25e percentile	Médiane	75e percentile
INF/micro.	1	2	5	2	3	5
OBS	2	5	7	1	2.5	7
Néonatologistes	1	2	5	1	3	6

Option A : Dépistage entre la 26e et la 28e semaine au moyen d'une culture de prélèvements vaginaux
et anorectaux; prophylaxie durant l'accouchement dans le cas des femmes colonisées à haut risque
Option B : Aucun dépistage; traitement prophylactique pernatal pour les femmes à haut risque

D'autres groupes de praticiens que ceux que nous avons étudiés participent à la prise en charge des infections à SGB au Canada. Citons notamment les médecins de famille et les infirmières praticiennes qui exercent en obstétrique. Pour des raisons pratiques, nous n'avons pas tenté d'inclure tous les groupes mais essayé plutôt de tenir compte de l'avis des groupes qui ont le plus travaillé à l'élaboration des recommandations canadiennes.

Malgré un taux de réponse de 37 %, nous estimons que les réponses reçues reflètent la pratique générale au Canada et qu'il est peu probable que les personnes qui n'ont pas répondu s'occupent davantage des infections à SGB que les répondants, compte tenu de l'énorme intérêt suscité par la prévention des infections à SGB au Canada au moment de l'enquête. Des données montrent que les réponses ont été fournies par les chefs de file dans le domaine de la prophylaxie des infections à SGB au pays. Nous avons obtenu des réponses de médecins qui représentaient les principaux établissements de soins tertiaires au Canada. On retrouvait notamment des médecins qui occupaient ou avaient occupé le poste de directeur de programme de formation ou de chef de division.

Nous avons été étonnés par les variations dans les préférences, ce qui montre bien qu'il faut poursuivre les études, l'échange d'information et les efforts en vue de créer des consensus dans les groupes de sous-spécialités, y compris ceux qui n'ont pas été visés par la présente étude.

Remerciements

Nous tenons à remercier les médecins qui ont rempli le questionnaire. Nous sommes également redevables aux assistants de recherche T. Darragh et C. Bergeron, ainsi qu'à la Société canadienne de pédiatrie qui a assumé une partie des frais d'envoi postal.

Références

1. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *New vaccine development. Establishing priorities. 1: Diseases of importance in the United States*. Washington, DC: National Academy Press, 1985:424-39.
2. Boyer KM, Gotoff SP. *Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease with selective intrapartum prophylaxis*. N Engl J Med 1983;308:1383-89.
3. Allen UD, Navas L, King SM. *Effectiveness of intrapartum penicillin prophylaxis in preventing early-onset group B streptococcal infection: results of a meta-analysis*. Can Med Assoc J 1993;149:1659-65.
4. Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. *Guidelines for prevention of group B streptococcal (GBS) infection by chemoprophylaxis*. Pediatrics 1992;90:775-78.
5. Gibbs RS, Hall RT, Yow MD et coll. *Consensus: perinatal prophylaxis for group B streptococcal infection*. Pediatr Infect Dis J 1992;11:179-83.
6. Larsen JW, Dooley SL. *Group B streptococcal infections: an obstetrical viewpoint*. Pediatrics 1993;91:148-49.
7. Infectious Diseases and Immunization Committee and the Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society, and the Maternal Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *National consensus statement on the prevention of early onset group B streptococcal infections in newborns*. Can J Pediatr 1994;1:247-53.
8. Southam Business Lists. *Obstetricians and gynaecologists in Canada*. Don Mills, ON: 1995.

Source: *D^r U Allen*, MSc, FRCPC; D^r N MacDonald, FRCPC; D^r C Nimrod, FRCSC; D^r V Marchessault, FRCPC; D^r T Klassen, MSc, FRCPC, Department of Paediatrics, Children's Hospital of Eastern Ontario, et le Service d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital général d'Ottawa, Ottawa (Ontario).*

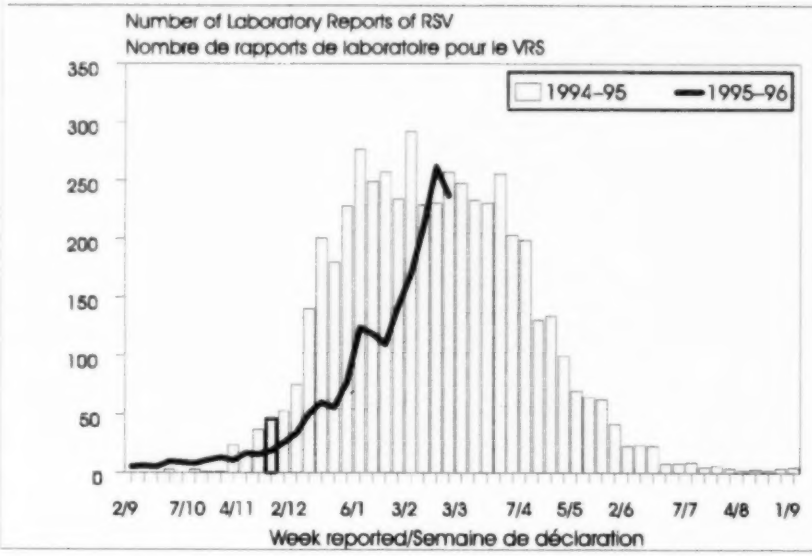
Le D^r Allen travaille actuellement dans la Division of Infectious Diseases, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario).

LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL AU CANADA

À ce jour, cette saison, le LLCM a reçu 1809 rapports d'identification en laboratoire du virus respiratoire syncytial (VRS) comparativement aux 3284 reçus pour la même période la saison dernière (1994/1995). La tendance en matière de déclaration cet hiver contraste de façon très marquée avec celle de la saison dernière, où le nombre de cas déclarés avait augmenté au début de décembre pour atteindre un sommet entre le début et la mi-janvier (figure 1).

Source : *Laboratoires participant au Programme de surveillance des virus respiratoires, Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa, et OMS.*

Figure 1
Le VRS au Canada, 1994–1995 et 1995–1996



Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique
Association médicale canadienne
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8
N° de téléphone : (613) 731-9331, poste 2028
Télécopieur : (613) 731-9102

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.